UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 42

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNE OBSERVATION

DE

FOLIE DU DOUTE

AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1912

PAR

Joseph-Paul-Robert LEROY

Né à Canteleu (Seine-Inférieure), le 15 avril 1885

Interne des Asiles de la Seine-Inférieure

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { MAIRET, Professeur, *Président.* TÉDENAT, Professeur LAGRIFFOUL, Agrégé EUZIÈRE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

UNE OBSERVATION

DE FOLIE DU DOUTE

AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 42

FACULTÉ DE MÉDECINE

UNE OBSERVATION

DE

FOLIE DU DOUTE

AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Mars 1912

ACAD. LUGD. BAT. BIBL.

PAR

Joseph-Paul-Robert LEROY

Né à Canteleu (Seine-Inférieure), le 15 avril 1885

Interne des Asiles de la Seine-Inférieure

Pour Obtenir le Grade de Docteur en Médecine

Examinateurs de la Thèse { MAIRET, Professeur, *Président*. TÉDENAT, Professeur LAGRIFFOUL, Agrégé EUZIÈRE, Agrégé } *Assesseurs*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE COOPÉRATIVE OUVRIÈRE

14, Avenue de Toulouse et 28, Rue Dom-Vaissette

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM. MAIRET (✲)	DOYEN.
SARDA	ASSESSEUR.
IZARD	SECRÉTAIRE

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol. et thérap. génér.
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲).
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲).

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. lib. ch. de c.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, ag. lib. ch. de c.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.)	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG (ch. d. fonct.)

Examinateurs de la thèse :

MM. MAIRET, *Président.*	MM. LAGRIFFOUL, *Agrégé.*
TÉDENAT, *Professeur.*	EUZIÈRE, *Agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de ma profonde affection.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS ET A MES AMIS

J. LEROY.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAIRET

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES MENTALES
ET NERVEUSES

DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

J. LEROY.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LALLEMANT

MÉDECIN EN CHEF DE L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

A MONSIEUR LE DOCTEUR SIMON

MÉDECIN ADJOINT DE L'ASILE D'ALIÉNÉES DE SAINT-YON

J. LEROY.

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études, nous sommes heureux de pouvoir remercier les Maîtres qui nous ont toujours si bienveillamment guidés dans l'apprentissage de la carrière médicale.

A nos Maîtres de l'Ecole et des hôpitaux de Rouen, MM. les docteurs Halipré, François Hue, Hébert, Jeanne et Bataille, nous adressons ici nos bien vifs et sincères remerciements.

Merci aussi à MM. les professeurs Tédenat et Carrieu. Nous ne sommes resté que peu de temps dans la vieille et belle Faculté montpelliéraine, mais nous avons pu souvent apprécier le magistral enseignement de ces deux Maîtres, et c'est bien sincèrement que nous les remercions aujourd'hui du bon accueil qu'ils nous ont réservé.

Notre très vive gratitude ira à MM. les professeurs Tédenat, Lagriffoul et Euzière, qui ont bien voulu faire partie de notre jury.

Quant à M. le professeur Mairet, qui a si aimablement et bienveillamment accepté la présidence de notre thèse, nous le prions d'agréer, avec nos hommages les

plus respectueux, l'expression de notre profonde reconnaissance pour le grand honneur qu'il nous fait.

Mais qu'il nous soit permis d'adresser ici un public hommage de reconnaissance à M. le docteur Lallemant et à M. le docteur Simon, nos Maîtres à l'Asile d'aliénées de St-Yon, qui ont inspiré cette thèse. Depuis quatre ans bientôt que nous sommes interne dans le service de M. le docteur Lallemant, nous avons pu, combien de fois! apprécier et son grand sens clinique et sa bonté et sa franchise. C'est à ces divers titres de médecin, de chef de service et d'homme, que nous le prions d'accepter ici l'expression la plus forte et la plus sincère de nos sentiments respectueux et reconnaissants.

A M. le docteur Simon, à qui nous devons tant déjà, nous dirons aujourd'hui tout le bonheur que nous ressentons à lui exprimer notre sympathie et notre reconnaissance. Il a dirigé ce travail à la fois avec sa bienveillante bonté et son merveilleux esprit de clinicien. Il nous a appris à connaître les malades, à interpréter leurs paroles, leurs gestes, leurs attitudes, à fouiller leur délire, à pénétrer en un mot un esprit d'aliéné. Qu'on nous permette de donner à ce bien cher Maître l'assurance de tout notre dévouement, le témoignage bien sincère de notre respect. Qu'il veuille bien agréer l'hommage le plus vif de notre reconnaissance pour l'intérêt qu'il nous a toujours porté et dont il nous a donné les marques tant de fois.

UNE OBSERVATION

DE

FOLIE DU DOUTE

AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

PREFACE

Nous présentons ici un cas clinique.

Nous le faisons sans prétention. Notre travail n'apporte pas évidemment à proprement parler une vérité nouvelle; il ne fait à vrai dire même que confirmer une description ancienne, mais nous pourrions peut-être ajouter: une description qu'on oublie trop. Et, en ce sens, il est peut-être moins inutile que son absence d'originalité peut le faire paraître au premier abord. Il tranche sans doute avec les tendances à la mode; un vent général de pathogénie souffle sur tout le domaine médical depuis Pasteur et Bouchard; il a gagné jusqu'à l'aliénation. On peut trouver prématurées les explications auxquelles il conduit. Il est à craindre que beau-

coup d'entre elles restent aussi fragiles qu'intéressantes. On a souvent aussi l'impression que les esprits ingénieux qui les édifient, les construisent a priori ou, plus exactement, davantage avec leurs propres imaginations qu'avec les faits, et l'on altère ainsi quelquefois, ou plutôt encore on oublie — inconsciemment — les faits qui pourraient ne pas s'adapter aux cadres qu'on a créés. Enfin, la pathogénie ne nous paraît pas de notre âge. On peut bien dire que l'étudiant qui finit ses études a plus à apprendre qu'il n'a appris. Il est encore à une période où l'on doit recueillir des faits plutôt que de s'élever à des synthèses trop hardies. Aussi, nous le répétons, ce n'est qu'un document que nous apportons ici.

La folie du doute avec délire du toucher est précisément un de ces types morbides qu'on s'est efforcé de faire rentrer dans un groupement plus général, et probablement avec raison. Elle présente toutefois, comme nous allons le voir, des caractères si particuliers, notamment par son évolution, qu'elle paraît mériter encore aujourd'hui d'être décrite à part dans le vaste domaine des obsessions où risquent de la confondre certains caractères généraux. Sa rareté relative parle également dans ce sens, et nous ne devons qu'à la riche clientèle du pensionnat de Sain-Yon, où nous avons été interne, d'en rencontrer un exemple. Nous en profiterons pour résumer en même temps les différentes lectures que la rencontre de cette observation nous a conduit à faire et nous diviserons notre travail en trois parties :

Un historique ;

Notre observation personnelle ;

Une étude nosographique à la lumière des classifications modernes.

Nous donnerons ensuite quelques indications relatives au traitement de l'affection.

Nous avons cité çà et là d'autres observations d'obsessions afin de mieux accuser, par opposition, les caractères spéciaux de la folie du doute avec délire du toucher.

I

HISTORIQUE

La première observation de folie du doute avec délire du toucher que nous ayons rencontrée se trouve naturellement dans Esquirol. Il n'y a guère de cas dont on ne puisse trouver le germe dans ce profond observateur.

La manière de comprendre les choses diffère de nos conceptions modernes, les étiquettes sont autres ; mais les tableaux y sont brossés avec une telle exactitude et une pénétration si juste de l'essentiel qu'on les reconnaît toujours. Qu'on ouvre donc à la page 63 le second volume du *Traité des maladies mentales*, considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal, publié à Paris en 1838 :

Mlle F..., âgée de 34 ans, est d'une taille élevée, elle a les cheveux châtains, les yeux bleus, la face colorée, le tempérament sanguin ; elle est d'un caractère gai et

d'une humeur douce. Elevée dans le commerce dès la première jeunesse, Mlle F... craignait de faire tort aux autres ; plus tard, lorsqu'elle faisait un compte, elle appréhendait de se tromper au préjudice de ceux pour qui était ce compte.

Mlle F... allait fréquemment chez une tante, sans chapeau et avec un tablier qu'elle portait habituellement ; un jour, à l'âge de 18 ans, sans cause connue, en sortant de chez sa tante, elle est saisie de l'inquiétude qu'elle pourrait bien, sans le vouloir, emporter dans les poches de son tablier quelque objet appartenant à sa tante. Elle fit désormais ses visites sans tablier. Plus tard, elle met beaucoup de temps pour achever des comptes et des factures, appréhendant de commettre quelque erreur, de poser un chiffre pour un autre, et par conséquent de faire tort aux acheteurs. Plus tard encore, elle craint, en touchant à la monnaie, de retenir dans ses doigts « quelque chose de valeur ». En vain lui objecte-t-on qu'elle ne peut retenir une pièce de monnaie sans s'en apercevoir, que le contact de ses doigts ne peut altérer la valeur de l'argent qu'elle touche.

Cela est vrai, répond-elle, mon inquiétude est absurde et ridicule, mais je ne peux m'en défendre. Il fallut quitter le commerce. Peu à peu, les appréhensions augmentent et se généralisent. Lorsque Mlle F... porte ses mains sur quelque chose, ses inquiétudes se réveillent ; elle lave ses mains à grande eau. Lorsque ses vêtements frottent contre quelque objet que ce soit, elle est inquiète et tourmentée. Est-elle quelque part ? Elle apporte toute son attention pour ne toucher à rien ni avec ses mains, ni avec ses vêtements. Elle contracte une singulière habitude : lorsqu'elle touche à quelque chose, lorsque ses vêtements ont été en contact avec un meuble ou avec un

autre objet, lorsque quelqu'un entre dans son appartement ou qu'elle-même fait une visite, elle secoue vivement ses mains, frotte les doigts de chaque main les uns contre les autres, comme s'il s'agissait d'enlever une matière très subtile cachée sous les ongles. Ce singulier mouvement se renouvelle à tous les instants de la journée et dans toutes les occasions.

Mlle F... veut-elle passer d'un appartement dans un autre? elle hésite, et pendant l'hésitation, elle prend toutes sortes de précautions pour que ses vêtements ne touchent ni aux portes, ni aux murs, ni aux meubles. Elle se garde bien d'ouvrir les portes, les croisées, les armoires, etc., « quelque chose de valeur » pourrait être attaché aux clefs ou aux boutons qui servent à les ouvrir et rester après ses mains. Avant de s'asseoir, elle examine avec le plus grand soin le siège, elle le secoue même s'il est mobile, pour s'assurer que rien de précieux ne s'attachera à ses vêtements. Mlle F... découpe les ourlets de son linge et de ses robes, de peur que quelque chose ne soit caché dans ses ourlets. Ses souliers sont si étroits que la peau dépasse la bordure de ses souliers, ses pieds gonflent et la font beaucoup souffrir ; cette torture a pour motif d'empêcher quelque chose de s'introduire dans le soulier. Les inquiétudes sont quelquefois, pendant les paroxysmes, poussées si loin qu'elle n'ose toucher à rien, pas même à ses aliments ; sa femme de chambre est obligée de porter les aliments à sa bouche. Après plusieurs périodes de rémission et d'exaspération, répétées pendant plusieurs années, après avoir reconnu l'impuissance des conseils de ses parents, de ses amis et de sa propre raison, elle se décide à se rendre à Paris en novembre 1830. L'isolement, les soins des étrangers, les efforts que fait Mlle F... pour cacher sa maladie,

améliorent sensiblement son état, mais le chagrin d'avoir quitté ses parents, le désir de les voir, la déterminent après deux mois à retourner dans sa famille. Là elle reprend peu à peu toutes ses inquiétudes et toutes ses manies. Après quelques mois elle quitte volontairement la maison paternelle pour habiter et vivre avec la famille d'un habile médecin. Elle perd encore une grande partie de ses appréhensions et de ses habitudes bizarres. Un an est à peine écoulé que les mêmes inquiétudes se renouvellent, ainsi que les mêmes précautions. Le paroxysme dure pendant dix-huit mois. Après un an de rémission, nouveaux paroxysmes ; Mlle F... vient se confier à mes soins à la fin de l'année 1834 : pendant dix-huit mois, à peine s'aperçoit-on des mouvements des mains et des doigts et de toutes les autres précautions qu'elle prend ; mais depuis six mois (juin 1837) les phénomènes reparaissent avec plus d'intensité, laquelle augmente de jour en jour.

Pour faire mieux apprécier cette singulière aberration, je tracerai la manière de vivre de Mlle F... Pendant un an, elle se lève à six heures, l'été comme l'hiver ; sa toilette dure ordinairement une heure et demie, et plus de trois heures pendant les périodes d'excitation. Avant de quitter son lit, elle frotte ses pieds pendant dix minutes pour enlever ce qui a pu se glisser entre les orteils et sous les ongles ; ensuite, elle tourne et retourne ses pantoufles, les secoue et les présente à sa femme de chambre pour que celle-ci, après les avoir bien examinées, assure qu'elles ne cachent pas « quelque chose de valeur ». Le peigne est passé un grand nombre de fois dans les cheveux pour le même motif. Chaque pièce des vêtements est successivement un grand nombre de fois examinée, inspectée dans tous les sens, dans tous les

plis et replis, etc., et secouée vivement. Après chacune de ces précautions, les mains sont vivement secouées à leur tour et les doigts de chaque main frottés les uns contre les autres ; ce frottement des doigts se fait avec une rapidité extrême et se répète jusqu'à ce que le nombre de ces frottements, qui est compté à haute voix, soit suffisant pour convaincre Mlle F... qu'il ne reste rien après ses doigts. Les préoccupations et l'inquiétude de la malade sont telles pendant cette minutieuse exploration qu'elle sue et qu'elle en est excédée de fatigue ; si, par quelque circonstance, ces précautions ne sont point prises, Mlle F... est mal à l'aise pendant toute la journée. La femme de chambre, qui ne doit jamais la quitter, assiste à cette longue toilette pour aider la malade à se convaincre que nul objet de valeur n'est adhérent à ses vêtements ou à ses doigts. Les affirmations de cette femme abrègent les précautions et la toilette. Si l'on menace d'envoyer une seconde femme, la toilette est abrégée, mais la malade est tourmentée tout le jour.

Déjeuner à dix heures : avant de commencer son repas, Mlle F... explore et secoue les serviettes, les assiettes, les verres, les carafes, les couteaux, elle secoue et frotte ses doigts après qu'elle a touché les diverses pièces de son couvert. Il en est de même pour le dîner. La présence des étrangers ne la retient point. Elle mange avec une sorte de vivacité.

Avant de se coucher, elle prend les mêmes précautions et sa toilette du soir dure plus d'une heure.

Pendant la journée Mlle F... lit, ou se livre à quelque travail d'aiguille, mais elle a bien soin de secouer les livres, l'ouvrage, avant de s'en servir, de secouer ses mains et de frotter ses doigts chaque fois qu'elle a touché à ces divers objets. S'il lui arrive de porter ses mains

à ses cheveux, à sa figure, à ses vêtements ou sur quelque objet placé auprès d'elle, elle secoue, elle frotte ses doigts, comme je l'ai dit plus haut. Mlle F... écrit à sa famille pour lui rendre compte de son état, de ce qu'elle fait, de ses projets, de ses espérances de guérison ; avant d'écrire, elle secoue le papier, les plumes, l'écritoire et ne cachette jamais ses lettres avant que sa femme de chambre ne l'ait assurée qu'il n'y a rien dans les plis du papier. Elle ne décachette jamais les lettres qu'elle reçoit. Pendant les paroxysmes, Mlle F... ne lit, ne travaille et n'écrit qu'en présence de sa femme de chambre, et si elle est accidentellement seule, même dans son appartement, elle ne s'asseoit pas avant que celle-ci n'arrive et n'assure qu'il n'y a rien sur le siège qui empêche de s'asseoir. Mlle F... fait des visites ; en entrant elle se garantit de tout contact, se balance autour d'un siège, l'examine, le secoue et elle fait tout cela avec assez d'adresse pour qu'on ne s'en aperçoive pas d'abord. Reçoit-elle des visites ? elle approche un fauteuil, mais aussitôt elle secoue et frotte ses doigts. Elle fait des voyages dans sa ville natale, mais elle s'arrange de manière à arriver très grand matin afin d'avoir le temps de changer de linge, de vêtements et de se laver avant d'embrasser ses parents à leur lever. Mlle F... ne déraisonne jamais ; elle a le sentiment de son état, elle reconnaît le ridicule de ses appréhensions, l'absurdité de ses précautions, elle en rit, elle en plaisante, elle en gémit, quelquefois elle en pleure ; non seulement elle fait des efforts pour se vaincre, mais elle indique les moyens même très désagréables qu'elle croit propres à l'aider pour triompher de ses appréhensions et de ses précautions.

Mlle F... soigne sa toilette, mais sans recherche, elle

achète chez les marchands, mais sa femme de chambre paie ; elle compte ensuite avec celle-ci et lui fait prendre son argent dans son secrétaire sans y toucher elle-même. Mlle F... aime la distraction, elle va au spectacle, dans les promenades publiques ; elle fait des parties de campagne, tous les soirs elle se réunit à une société ; sa conversation est gaie, spirituelle et quelquefois malicieuse, mais si elle change de siège, si elle porte ses mains à sa tête, à sa figure, à sa robe, à son fauteuil ou au fauteuil de quelque autre personne, elle secoue, se frotte vivement les doigts ; elle fait de même si quelqu'un entre ou sort du salon. Elle conserve d'ailleurs une très bonne santé ; l'appétit et le sommeil sont bons ; elle a quelquefois de la céphalalgie ; la face se colore promptement pour la plus légère émotion ; elle se prête à tous les soins médicaux qui lui sont proposés ; elle répugne aux bains, à cause des précautions qu'elle est obligée de prendre avant d'entrer dans l'eau et après en être sortie.

Il serait impossible dans aucun temps de surprendre le moindre désordre dans les sensations, dans le raisonnement, dans les affections de cette intéressante malade.

Telle est l'observation d'Esquirol.

En 1861 parut une nouvelle observation, d'un maître cette fois encore, puisqu'elle porte la signature de Baillarger.

La question vient en discussion à la Société médico-psychologique en 1866.

En 1875, Legrand du Saulle consacre enfin à la folie du doute une importante monographie.

Dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, Ritti résume enfin l'aspect clinique de ces

malades. Nous lui empruntons la description schématique générale.

Aussi bien c'est à peu près, croyons-nous, le dernier article où la folie du doute avec délire du toucher soit conçue d'une manière isolée.

Ritti la définit une variété de folie avec conscience caractérisée par deux ordres de symptômes prédominants : l'interrogation mentale produite par le doute, et la crainte du contact des objets extérieurs.

Deux causes paraissent déterminer l'affection : un terrain et des occasions.

Le terrain est éminemment constitutionnel ; en outre la maladie serait plus grande chez les femmes et dans les classes élevées.

Les occasions seraient parfois une maladie débilitante ou l'onanisme par la dépression physique et mentale qu'il provoque outre la tare qu'il indique ; enfin, la forme des scrupules ou des craintes peut être déterminée par une frayeur, un incident quelconque, une recommandation de précaution parfois. Baillarger par exemple cite le cas suivant : une femme a une glande au sein ; on lui dit dans ces conditions : prenez garde de vous heurter, et voilà le point de départ d'un délire du toucher.

L'affection, après un début assez insidieux par des scrupules, des craintes puériles et exagérées, de nature souvent hypocondriaque, procède, dit-il, par poussées avec des rémissions. On peut lui distinguer trois périodes :

I. — Ce qui caractérise la première période, écrit Ritti, c'est une disposition de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées et les mêmes actes, à répéter les mêmes mots ; les malades qui sentent ce travail de leur pensée, qui ont conscience qu'il est anormal, qui

habituellement souffrent, sont impuissants à l'arrêter.

Janet a trouvé depuis un mot particulièrement expressif pour exprimer cette idéation ; il l'a en effet baptisée du nom de rumination ; et de fait on dirait d'un aliment intellectuel toujours remâché. Ce n'est malheureusement qu'une comparaison, mais elle n'est pas sans valeur synthétique et mnémotechnique.

Cette rumination, ce ressassement continuel porte sur les contenus les plus divers. Les formes en sont multiples. Ritti les énumère déjà : tantôt ce sont des questions sur Dieu, sur la Vierge, sur la naissance du Christ, sur la création, sur la nature, sur la vie, sur l'immortalité de l'âme, le soleil, la lune ou les étoiles, et l'ensemble de ces préoccupations les faisait grouper à l'époque sous le nom de manie métaphysique ; tantôt — et plus souvent encore peut-être, au lieu de ces discussions intérieures philosophico-mystiques — les questions portent sur la différence des sexes, la conformation des organes génitaux, la copulation ; tantôt il y a alliance érotique et mystique et les interrogations concernent les oublis à confesse, les souillures des hosties, etc., etc.

Ainsi le plus souvent il s'agit de problèmes dont en effet la solution échappe, de curiosités qui sont naturelles à l'âge pubère où souvent l'affection commence, de craintes motivées par les préjugés religieux de péché et d'enfer si prédominants du fait de l'éducation, même à cette époque de la vie. Parfois aussi cependant l'obsession paraît porter sur des sujets bien plus insignifiants : ce sont des idées quelconques que le malade voit s'imposer à lui, ce sont en quelque sorte des questions vides de sens ; pourquoi telle couleur à tel objet? ou des manies de compter, etc.

Toutes ces manies sont conscientes, le malade les

constate et les apprécie ; elles ont un caractère obsédant, elles s'imposent au malade d'une façon tyrannique et vainement s'efforce-t-il de les chasser.

N'empruntons qu'un exemple, qu'une réflexion où se trouvent réunis tous ces caractères. Un malade au cours d'une conversation dit à son interlocuteur : « Vous avez un gilet à sept boutons... », et, s'apercevant aussitôt de l'étrangeté de la remarque, il ajoute : « Excusez-moi, c'est involontaire, il faut que je compte... »

Mais ce n'est pas seulement l'idéation qui est troublée de cette manière. Assez fréquemment les interrogations portent sur les conséquences des actes qu'ils accomplissent ou pourraient accomplir, car ce n'est bien souvent que dans le domaine du possible et des *si* que cela se passe : « Ne va-t-il pas tomber quelqu'un d'une fenêtre ? Ne m'accusera-t-on pas ? Comment me défendrai-je, etc., etc. », et cela nous conduit à cette conséquence que les malades portent dans tous leurs actes le même caractère de doute, d'hésitation, la même inquiétude angoissée. Ils ferment une porte et ils se demandent ensuite s'ils l'ont bien fermée et ils reviennent sur leurs pas pour s'en assurer. Ils écrivent une lettre, mais ont-ils collé l'enveloppe, ont-ils mis correctement l'adresse, ont-ils jeté la lettre à la boîte ou ne l'ont-ils pas par mégarde laissé tomber à côté ? Ont-ils ou n'ont-ils pas, cela est-il ou n'est-il pas, *to be or not to be...*, voilà la forme incessante de leur pensée. Sans arriver à se satisfaire ni à se convaincre, ils vérifient à maintes reprises tout ce qu'ils font, voire les actes les plus futiles. Ils apparaissent pointilleux, mais pointilleux de façon tellement excessive que le caractère morbide de ces craintes répétées n'est pas difficile à découvrir.

Et ils sont en même temps à cette époque partagés

entre deux tendances : conscients de leurs troubles, de leur absurdité, de leur excès de pusillanimité, ils s'en montrent comme honteux, ne les avouent qu'à regret, les dissimulent autant que se peut. Seulement la certitude qu'eux-mêmes recherchent vainement, qu'ils sont incapables de se donner, ils restent encore à ce moment susceptibles de la recevoir d'une affirmation étrangère ; leur dit-on que les questions qu'ils discutent n'ont aucune importance, leur manie de s'y arrêter, tant ils en sont convaincus eux-mêmes, tout au fond de leur for intérieur, en est inhibée par ce seul fait ; leur certifie-t-on que l'acte dont ils redoutent d'être répréhensibles, ils sont incapables de le commettre, cette parole suffit à calmer leurs craintes, et, si on leur affirme que la porte est bien fermée, la certitude qu'on leur manifeste dissipe leur incertitude.

Un prêtre par exemple, abandonné à lui-même, n'arrive pas à lire son bréviaire ; chaque fois qu'il en prononce une ou deux phrases ou même un fragment de phrase, il redoute de l'avoir fait avec distraction ; alors il recommence, mais le même doute surgit de nouveau, il recommence encore, encore et toujours, il n'avance pas, la tâche journalière n'arrive pas à être accomplie et cela ajoute à son trouble. Malgré son ennui d'avouer son état d'esprit il se résout donc au secours d'un camarade, ils le lisent ensemble à haute voix et cela suffit : la lecture que le malheureux ne pouvait aboutir à achever en plusieurs heures, une demi-heure en voit le terme.

Une autre histoire est classique depuis que Baillarger l'a rapportée en 1861 dans les *Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses* ; elle est classique parce qu'elle fait image : c'est celle d'un homme que la vue de toute jolie femme obsédait d'une série de questions sur

l'histoire de cette dernière, sa naissance et ses relations ; seulement il suffisait de lui dire que la femme n'était pas jolie pour dissiper ce flot de questions ; on avait donc mis à côté de lui, pour l'accompagner partout, un domestique chargé du rôle peu aimable pour le sexe faible de le trouver toujours horrible ; un jour, hélas ! le malheureux oublia son rôle. C'était pendant un voyage ; en cours de route, son maître, obsédé par des questions du genre de celles que nous venons de rappeler, l'interrogea sur l'employée qui leur avait délivré les billets ; fût-ce distraction, ou parce que la femme était vraiment belle, il répondit n'avoir pas remarqué. L'autre aussitôt pâlit, s'inquiète, bat la campagne : il fallut reprendre le train, aller vérifier.

II. — La seconde période, selon Ritti et Legrand du Saulle, est caractérisée par l'apparition du délire du toucher. Deux mobiles paraissent éloigner les malades de tout contact : la malpropreté supposée ou le risque de dol.

La malpropreté supposée : elle porte par exemple sur les boutons de porte ou les pièces de monnaie : quelles mains y ont touché déjà ? quelles sales mains surtout ? à toucher ces mêmes objets après elles ne va-t-on pas salir les siennes ? On remarquera qu'il s'agit d'objets en effet touchés par les mains les plus diverses et les moins sûres.

Le risque de dol : il porte par exemple sur l'argent, monnaie ou billet ; si un geste accapareur allait les voler ou un mouvement maladroit les déchirer ! Il peut porter encore sur les épingles ou verre : si l'on touche cette épingle qui maintient roulée une serviette de table, ne va-t-on pas la jeter dans l'assiette de soupe du voisin ? Voilà du verre, ne va-t-on pas le briser, en saupoudrer

également les plats ? etc., etc. ; les idées les plus absurdes passent et arrêtent. Les couteaux inspirent une égale terreur. D'aucuns ne peuvent plus passer devant une boutique d'armurier.

Mais à ce titre, que d'objets peuvent être imaginés malfaisants ! que de choses peuvent être l'occasion de souillures ! Une des phobies les plus classiques est la contamination par de la bave de chien enragé.

Une femme frôle avec sa jupe dans la rue la tête d'un caniche. Ledit caniche était-il sain ? si la robe vient maintenant à toucher une autre personne, ne va-t-elle pas lui communiquer le poison ? Mais la malade a touché sa robe et qu'est-ce que ses mains n'ont pas touché depuis ? voilà tout son linge peut-être contaminé, tout son intérieur, tout son entourage. On écrirait un volume avec toutes les suppositions qui lui envahissent l'esprit.

Tout cela aboutit à deux conséquences : lavages sur sur lavages et la diminution, la restriction sans cesse croissante des autres contacts. Les lavages sont habituellement accompagnés de monologues sans fin sur la question de savoir si toute trace de malpropreté a enfin disparu, et l'on frotte et l'on refrotte soit les vêtements, soit les planchers, soit sa peau jusqu'à l'abîmer. Les refus de contact sont partiels, localisés à certains objets : boutons de cuivre ou monnaie de billon ; ou plus généraux : refus de donner la main et surtout la paume de la main, toujours humide dans ces états émotifs, et ce retrait constant finit par donner au malade une attitude stéréotypée presque caractéristique. De temps à autre, car ils reconnaissent la sottise de leur terreur, on les décide à vaincre leur répugnance ; que d'insistances toutefois sont nécessaires ! et bien souvent à

peine ont-ils touché l'objet qu'ils pâlissent, qu'ils prennent peur et qu'ils le lâchent.

Ajoutons enfin que cette période ne correspond pas à une phase stable : les malades passent par des hauts et des bas, ou, pour employer une langue plus scientifique, par des alternatives d'état de crise et de rémission : les crises durent en général quelques heures, provoquées par le conflit de la vie journalière et des tendances morbides. On assiste à une exacerbation de la frayeur avec malaise général, malaise épigastrique, va-et-vient anxieux, combat pénible ; tel le suisse d'église dont parle Morel, qui, par moments, n'osait prendre sa hallebarde à cause de la pointe qui la termine ; mais il faut bien parfois qu'il la prenne, alors il s'invective, il entre en sueur, etc.

Les intermissions, rémissions, consistent au contraire en diminution d'acuité des symptômes, des terreurs ; de nouveau, alors, les malades touchent à tout et ils sont les premiers à rire de leurs craintes. Ces rémissions peuvent durer de quelques mois à plusieurs années. Elles sont de règle.

III. — La troisième période est marquée par l'apparition de tous ces troubles ; les angoisses se multiplient en même temps qu'elles prennent un caractère confus ; les malades passent leur vie dans des hésitations perpétuelles ; ils ne font que se parler à demi-voix, ils s'isolent, ils perdent peu à peu toute sociabilité.

Telle est la description classique depuis Ritti. Essayons de la schématiser davantage. Nous constatons ce qui suit :

1. — Un élément constant, d'un bout à l'autre de la

maladie, la conscience par le malade des troubles qu'il présente. Ce jugement ne s'efface jamais.

II. — Une évolution progressive et telle que l'aggravation porte sur plusieurs domaines :

a) La nature des idées obsédantes. D'abord idée de doute, puis délire du toucher, comme annonce très justement l'étiquette un peu complexe qui lui était appliquée ;

b) En même temps un passage du domaine idéationnel dans le domaine de l'activité volontaire ;

c) Un envahissement quant à la durée : d'abord intervallaire, l'affection finit par devenir chronique ;

d) Une cession croissante du malade à ses troubles : d'abord il y résiste seul, puis le concours d'un aide lui est nécessaire, mais ce concours reste efficace, enfin le monde extérieur n'a plus prise et la vie sociale se rétrécit.

C'est cette évolution surtout qui est l'élément bien particulier comme nous le verrons plus tard.

Nos premiers renseignements sur la maladie de Mlle S... nous furent communiqués par sa sœur, laquelle nous remit la note suivante.

Beaucoup de ces malades trouvent ainsi dans leur famille quelqu'un qui se dévoue pour eux, qui leur sacrifie sa vie, qui les suit jour à jour, qui sympathise à leurs troubles, les analyse et en fait le récit. A lire cet historique établi par les souvenirs de la sœur de la malade, on se rendra compte tout au moins de ce que ces malades montrent à leur entourage et on aura déjà une idée précise de ce qu'il nous a été donné d'observer.

Qu'on veuille donc bien suivre l'histoire de la malade racontée par sa sœur :

Ma sœur Paméla a 36 ans ; jamais aucune personne de sa famille n'a eu l'esprit troublé ; cependant son père a des idées étroites,

se chagrine facilement, s'entête dans ses opinions, sans cesser pour cela d'être sociable ; la meilleure preuve en est qu'il est employé depuis quarante ans dans la même maison de commerce.

Notre malade, étant enfant, aimait le jeu comme les petites filles de son âge : elle était même plus raisonnable que ses amies. Elle avait déjà le caractère difficile en ce sens qu'il fallait que tout ce qui la touchait (vêtements, cahiers, jouets) fût parfaitement soigné. C'était en somme une qualité et on ne la combattait pas.

Plus tard elle eut des colères à certaines époques qui correspondaient au moment de ses règles ; le soir même elle les regrettait vivement, en disant que ce n'était pas sa faute, que son tempérament était cause de sa méchanceté, et elle redevenait irréprochable, aussi bonne et dévouée que travailleuse et intelligente.

Elle demanda à quitter la pension de bonne heure pour travailler à la couture chez ses tantes qui avaient une maison importante à Saint-Quentin. En peu de temps, elle étonna par son habileté ; mais, toujours difficile, elle s'acharnait à son travail, et, quand venait l'époque de ses règles, elle avait des colères parce qu'on lui enlevait le travail de ses mains avant que, selon elle, il fût parfait.

A 18 ans environ elle devint scrupuleuse. Au cours d'une promenade, elle avait jeté un coup d'œil furtif sur des petits garçons qui se baignaient dans un étang. Elle crut avoir commis une faute ; ayant honte de l'accuser, elle se confessa non au prêtre auquel elle avait l'habitude de s'adresser, mais à un jeune vicaire qui ne la connaissait pas. Il n'avait pas d'expérience ; par ses questions il augmenta ses troubles et à partir de ce moment sa conscience ne fut plus tranquille. Elle commença à brosser... à se laver pour que son corps soit aussi pur que son âme. Quand on s'en aperçut on la confia à des prêtres expérimentés qui lui firent du bien, mais il était déjà tard.

A 25 ans, on crut que c'était passé ; les colères mensuelles disparurent comme par enchantement, les travers de propreté s'atténuèrent, les scrupules restèrent mais varièrent.

A 30 ans, elle eut le malheur de perdre une de ses tantes qui était une mère pour elle, elle se montra courageuse devant la douleur, prit la direction de l'atelier (12 ouvrières) et s'en acquitta à merveille. Mais cette vie sédentaire dans un air confiné sans autres distractions que son travail dut être funeste

à son état d'esprit. Après le récit d'une histoire, ou plutôt d'histoires, elle prit peur successivement des morceaux de verre, des pointes d'aiguilles, des microbes, mais cela passa vite et son goût pour le travail s'accentuait.

A 32 ans, elle eut des maux d'estomac. Les docteurs dirent que c'était de la dyspepsie; au bout de deux ans ces troubles physiques disparurent tout à coup, mais les troubles mentaux ne firent que s'accentuer. Une idée l'obsédait: elle avait vu un crachat de sang, dans une gare, sa jupe avait traîné dedans, elle avait mis sa main à son bas de jupe pour prendre son porte-monnaie dans la poche de son jupon qui s'était salie. En arrivant, elle s'était mise à table, avait mis du crachat à sa serviette, et en s'essuyant la bouche elle l'avait souillée. Elle en arriva à ne plus pouvoir se laver la figure. Elle demanda un bain, mais elle y resta trois heures et en sortit la bouche sale encore. Il fallut que chaque matin je l'aidasse à s'habiller et cela durait des heures ; quand elle changeait de linge, il nous fallait à toutes deux une matinée.

En janvier 1907, je dus me résoudre à ne plus la quitter et à la regarder sans cesse pour constater si son travail ne touchait pas à sa bouche.

A Pâques, notre frère ayant changé de pays, elle résolut de prendre un bain et d'aller chez lui. Elle alla mieux, s'habilla seule, s'occupa un peu du jardin et du ménage, mais au bout du mois, elle rechuta, elle avait eu « des accidents », disait-elle en sortant; tout était sale. Elle eut des crises de larmes, se découragea et je dus aller la chercher. Elle prit un bain en arrivant à Saint-Quentin et encore une fois le changement lui fit du bien. Pendant trois jours elle fut gaie, active, « heureuse, comme elle le disait, de revivre d'une vie nouvelle », puis elle déclina. Elle prit l'habitude de se tremper la tête dans l'eau avant de se laver, puis, quand elle était savonnée, elle prétendait qu'au bas du cou il y avait une ligne sale, et qu'elle salissait ainsi le corsage qu'elle mettait.

Au printemps suivant, elle eut un bon mouvement et voulut sortir de sa lamentable situation. Nous la confiâmes aux sœurs de la Compassion auprès desquelles elle fit des progrès, mais... au bout de deux mois, elle n'y put rester ; alors on la placa dans la clinique

d'un spécialiste à Saint-Marcel, près de Chalon-sur-Saône. Il la déclara psychasthénique. Dès le début, il voulut la contraindre à toucher à tout ; elle le trouva dur et déclara que jamais elle ne lui parlerait. Cependant elle resta là trois mois et demi parce qu'elle s'était attachée à une personne qui lui parlait doucement, l'amenait à toucher à certaines choses... mais la toilette lui sembla pénible ; le docteur avait dit aux religieuses de ne lui laisser l'eau que pendant une heure ; naturellement au bout de ce temps elle n'avait pas fini ; à certains jours elle pleurait, se désolait, voulait quitter la maison, mais la personne amie l'encourageait et... elle se résignait. Elle avait l'intention de lui demander de venir dans sa chambre le matin au moment où elle se lavait ; malheureusement pour elle cette amie quitta la clinique et à partir de ce moment notre malade — qui s'était remise à travailler de ses mains et se laissait volontiers approcher — s'enfonce dans le jardin, fuit la société, pleure, demande à revenir. Rien ne put la remonter.

Elle promit, si nous voulions la reprendre, de nous écouter et nous pria de ne pas la laisser plus longtemps souffrir. J'allai la chercher ; le voyage fut pénible : trois bains en cours de route ; elle était partie « salie » de Saint-Marcel, avait sali le train et... vous devinez le reste... toutes les lignes de chemin de fer, toutes les villes étaient sales.

Les bains n'eurent plus de résultat ; elle y restait trois heures et si en sortant elle touchait à ce qu'elle avait tenu avant son nettoyage complet elle se remettait à désespérer. Elle demanda à nous quitter. Elle prit un bain la veille de son départ, un autre le matin, ne voulut ni manger, ni parler. Aussitôt dehors, elle me causa agréablement, se remit... mais en route, elle pensa que les trains étaient salis et ne voulut plus continuer le voyage. Je lui résistai, mais après une crise de larmes, je dirai presque de désespoir, je cédai. Elle entra contente dans une pension de famille de Chaumont. Je partis et restai trois jours sans nouvelles, puis m'arriva une lettre pathétique, faisant appel à mes sentiments pour que je la reprenne. Je pensai avec raison qu'ici elle irait de mal en pis, j'écrivis que j'étais très souffrante, que je ne pouvais voyager. Cela fit parler son cœur, elle m'écrivit que je ne me tourmente pas, qu'elle resterait s'il le fallait, que son plus

grand regret était de ne pouvoir me soigner... Au bout de trois mois, sa bonne volonté était paralysée par son idée; me croyant malade elle demanda un de mes oncles et lui dit qu'elle n'y tenait plus; qu'elle voulait qu'on lui louât une maison pour elle seule ou alors retourner à Viry, avec nous. C'est alors que nous entendîmes parler de la maison de St-Yon où elle va entrer...

Puisse cette triste histoire se terminer par une guérison!

II

OBSERVATION PERSONNELLE

Comme il est de règle, la sœur de la malade informe qu'il n'y a pas d'antécédents. A lire entre les lignes cependant, il n'y a guère de doute que le père ne présente des bizarreries, n'en voudrait-on pour preuve que cette affirmation qu'elles sont insuffisantes pour motiver son internement. Bien probablement donc, si l'on pouvait connaître intimement ce côté, on trouverait là une ébauche de troubles qui chez la fille n'ont fait que s'accentuer.

Nous signalerons en outre ici un autre détail, parce qu'il n'est pas dans notre intention de traiter de la pathogénie de l'affection. C'est en effet un trait commun avec d'autres obsessions et nous voulons nous limiter aux particularités du tableau clinique. Le premier scrupule de la malade mérite cependant de nous arrêter. On voit en effet qu'il a trait à des scrupules sexuels et à une émotion de crainte, d'anxiété. Eh bien ! plusieurs auteurs,

Hartenberg, Capgras, Frend, etc., ont rattaché à des troubles de la vie sexuelle — à la continence notamment — ou décrit, sous le nom de névrose d'angoisse, les affections du genre de celle que nous décrivons ici.

On a pu suivre partout le récit de la sœur de la malade, la marche par à-coup, mais toujours progressive. Nous allons voir maintenant comment la malade elle-même parle de ses troubles.

La malade entre à l'asile le..... C'est une femme de taille moyenne, un peu ramassée, sans maigreur ni embonpoint, d'aspect timide, au regard à la fois curieux et fuyant, et dont la gêne se traduit souvent par du sourire ; ni excitation, ni affaissement ; elle est présente et attentive à nos questions, mais elle les attend et se borne à y répondre sans grand entrain ; elle s'assied à quelque distance de nous comme n'osant approcher et peu disposée en somme à parler.

Nous rapporterons en le commentant au fur et à mesure l'interrogatoire que nous lui avons fait subir le 14 mai.

Elle nous donne son nom, son prénom, son âge. Nous recueillons également quelques autres renseignements : elle a reçu assez d'instruction sans passer pourtant d'examen ; l'instruction d'ailleurs ne lui plaisait pas, elle a même quitté le pensionnat assez tôt. Ensuite, ses parents lui ont fait donner des leçons par une institutrice. Enfin elle s'est occupée de couture.....

Retenons de là une nature peu énergique, sans grand goût d'activité, capable de se complaire à ne rien faire. Peut-être aussi bien ne sont-ce pas là des éléments constitutionnels inutiles à la marche chronique que subit une maladie mentale de ce genre. Nous n'oserions rien

dire. On a si peu exploré à tous ces points de vue le passé des malades.

Nous abordons presque immédiatement avec Mlle S... le chapitre de son affection :

D. Vous êtes malade depuis combien de temps ?

R. Oh! mais, il y a déjà longtemps que ça a commencé..... depuis trois ans, ça empire.

D. Où ça en est-il à présent ?

R. Où j'en suis de ma maladie ? Eh bien ! j'en étais arrivée à ne plus pouvoir m'habiller..... je me lavais, je me lavais et je n'étais jamais prête.

Voilà bien en effet ce qui a provoqué son placement, c'est la gêne apportée à sa vie journalière par la croissance de ses obsessions et son habitude d'y céder.

Avant d'aller plus loin nous devons nous rendre compte par un exemple précis de ce qu'elle vient de nous dire, et nous lui demandons :

D. Ce matin combien de fois vous êtes-vous lavée ?

R. Je me suis habillée devant la sœur et c'est tout. Je ne me suis pas trop lavée depuis que je suis ici ; cela va mieux...

Et comme nous insistons cependant :

D. Vous êtes-vous lavée une fois ?

R. Les mains je me les suis lavées plusieurs fois ; tout de même, trois ou quatre fois en m'habillant.

D. Trois ou quatre fois seulement vous vous êtes lavé les mains ?

R. Peut-être quatre à cinq fois tout de même.

D. Et la figure ?

R. Et la figure j'ai mis un peu longtemps. Elle est un peu malade de ce moment-ci, je me suis tellement frottée, ça me fait du mal quand je la frotte.

Elle n'aurait mis aussi qu'une heure à s'habiller au lieu de 2 heures à 2 h. 1/2 qu'elle mettait ces temps derniers, avoue-t-elle en riant.

Nous voilà bien peu avancés dans notre interrogatoire et déjà cependant bien instruits si nous nous arrêtons à y réfléchir. Cela va mieux, nous dit Mlle S... Or les lavages sont encore bien fréquents. Ne se rendrait-elle pas compte que sa soi-disant amélioration n'indique que l'influence d'un milieu nouveau qui la gêne, dans lequel elle n'ose pas se montrer avec la liberté qu'on a coutume d'avoir en famille. Elle dit que cela va mieux, mais on a bien l'impression que les manifestations seules sont améliorées, que le mal continue de couver, tout prêt à flamber de nouveau, étouffé mais non éteint. Il persiste et il se cache.

Et elle-même en est complice. Il n'y a que trois ans que cela va moins bien. Elle en atténue les conséquences : un retard à sa toilette, voilà, semble-t-il, toute l'aggravation, au point que son placement paraîtrait injustifié. Et elle en rit ! Quelles réticences enfin à dire combien de fois ce matin elle a cédé à son obsession. Bref, on devine déjà un mal de longue date, avec lequel le patient s'est arrangé pour vivre, et donc une affection déjà bien ancienne et chronique comme l'indiquait l'histoire rapportée par sa sœur.

Un autre trait assez curieux et qu'on rencontre fréquemment chez ces malades consiste en une certaine confusion, à du désordre dans la manière de présenter les choses. On va le voir à la difficulté de débrouiller la série de ses troubles. Nous allons donner d'abord nos questions et ses réponses sur ce sujet ; nous les reprendrons

ensuite pour y remettre l'enchaînement chronologique et logique tel qu'on peut le deviner dans ses réponses souvent embrouillées.

A propos du mot « sale » qu'elle vient pour la première fois de prononcer, nous lui demandons :

D. Qu'est-ce que vous appelez quelque chose de sale ?

R. Un jour j'ai vu de l'ouate dans la rue, et puis j'ai pensé qu'elle avait été sur des plaies, qu'elle était remplie d'humeur, et puis ma robe l'a frôlée, et comme j'étais dégoûtée je n'ai pu la nettoyer, la brosser, ni voulu qu'on y touche parce que j'avais peur qu'on se salisse ; — et puis alors, naturellement j'ai enlevé ma robe, et j'ai pensé que j'avais sali par terre partout en l'accrochant ; — et puis après je l'ai remise et j'ai pensé que moi je m'étais salie, et après, tout était sali, il n'y avait plus moyen de rien nettoyer, il n'y avait plus moyen de toucher à rien.

Et puis après j'ai voyagé, j'ai mis d'autres robes, mais j'ai prétendu qu'elles avaient touché à celle-là, puis que j'avais sali toutes mes affaires, et puis alors j'ai sali les trains, les personnes qui montaient et puis tout sur mon passage était sali...

Et puis alors les villes, tout, tout était sali, je ne pouvais plus aller nulle part.

Elle-même se met à rire en faisant ce récit, tant elle en sent l'absurdité à le ressasser de cette façon. Cependant elle continue :

Et puis alors, quand j'étais propre, c'était qu'on me salissait, parce que moi, j'avais sali avant. Alors c'est un vrai labyrinthe, et il n'y avait plus d'issue.

On remarquera le caractère logique de l'enchaînement de ses idées ; la faute de son raisonnement n'est pas là ; elle est de se laisser diriger, de prendre comme ligne de conduite une série de possibilités improbables.

Elle raisonne comme le chirurgien qui veut réaliser sur son champ opératoire une antisepsie absolue et qui

recule jusqu'à l'extrême limite les contacts pernicieux. Seulement, tandis que lui arrive à se satisfaire et pour une œuvre qui en vaut la peine, elle-même n'aboutit point à réaliser sa propreté chimérique et inutile.

Voilà l'incident : la rencontre d'un morceau d'ouate ; mais il va de soi que, pour éprouver un tel dégoût, il faut une prédisposition et une manie encore bien plus grande de se jouer dans les conséquences les plus improbables et les plus éloignées pour ne plus vouloir, de là, qu'on s'occupe de la robe qui a à peine effleuré cette ouate. On trouve là une histoire qui rappelle étrangement celle de la souillure par une bave rabique.

L'appréhension, une fois réalisée, se renouvelle d'ailleurs à toute occasion : du sang, un caca de chien... Autant de rencontres qui lui font éprouver un dégoût, qui lui font craindre d'y avoir frôlé, d'avoir marché dessus. Et ce n'est pas par crainte d'attraper une maladie, non, c'est seulement parce que c'est sale.

Notons maintenant qu'elle présente l'incident de la ouate comme le début de ses troubles. Mais, outre la remarque que nous venons de faire, qu'il serait bien surprenant qu'un « système » de préoccupations aussi complet s'installe ainsi brusquement, que pareil système ne peut traduire qu'une habitude d'esprit d'ancienne date, par ce que nous connaissons, d'autre part, de l'histoire de cas semblables et puisqu'il s'agit ici de délire du toucher, nous sommes inclinés à penser qu'il a dû exister une longue phase préparatoire. Tout aveu comme le précédent chez un malade est donc une indication à remonter plus loin si l'on veut obtenir une histoire complète de son affection. Et de fait, elle-même l'avoue bientôt :

D. Quand s'est passée cette affaire de l'ouate?

R. Oh ! il n'y a pas même un an. Mais avant, quand j'avais été fort dégoûtée, c'était d'un crachat... J'essuyais toutes mes affaires, etc.

Essayons donc, en remontant progressivement, de parvenir au tout début :

D. Et avant ce crachat?

R. Oh ben, avant, quand on me racontait des histoires, ça portait tout de suite. On m'avait raconté que des personnes ne voulaient pas toucher aux boutons de cuivre, parce que ça sentait ; alors, chaque fois que j'avais touché un bouton de porte je me sentais les doigts ; j'avais fini par le prendre avec mon mouchoir ou avec ma jupe, et alors je me lavais les mains.

Voilà qui rappelle une suggestion médicale, analogue à l'anesthésie hystérique. On cherche un symptôme et on le provoque. Le médecin ne se méfie pas toujours de la portée d'une parole imprudente, mais passons. Puisqu'on a été amené à demander à Paméla si elle avait éprouvé quelque chose relativement aux boutons de porte, c'est donc qu'elle présentait quelques troubles déjà :

D. Et avant les boutons?

R. Mais c'est presque par là que ça a commencé. Avant, j'avais des scrupules.....

Ici nous dressons l'oreille. Rien dans notre question qui pût la suggestionner. Et voici cependant que se dessine l'évolution si bien étudiée par les classiques. Continuons de l'écouter :

Avant, j'avais des scrupules. C'est par là que ça a commencé. Et puis après, on m'avait encore raconté qu'une personne avait marché dans quelque chose de sale, et puis justement elle allait chez le marchand de chaussures, et puis la dame n'avait

pas fait attention, elle s'en est mis aux mains, à son tablier, et puis il m'est venu à la pensée que je pouvais bien aussi marcher dans quelque chose de sale ?

D. Mais cela porte bonheur !

R. Ben oui, on dit ça, mais moi ça ne m'a pas porté : enfin je n'y ai peût-être jamais marché, seulement j'ai toujours peur. A partir de ce moment-là alors en marchant je regardais tout le temps à terre.

Tout cela est intéressant. Seulement cela nous a de nouveau éloigné des scrupules. Il faut y revenir.

D. A quel âge votre premier scrupule ?

R. A 18 ans ; enfin, vers cet âge-là.

D. Jusqu'à 18 ans, rien ?

R. Non. Enfin, j'étais difficile, j'aimais bien que tout soit bien ajusté, j'aimais bien à être propre ; enfin, par nature je suis propre.

Et l'on devine ainsi que dès l'enfance elle a dû présenter des manies. Mais restons encore sur le scrupule et essayons de le pénétrer. Voilà ce qu'elle nous a dit :

Le scrupule, n'est-ce pas, c'est une maladie de l'âme... Enfin, c'est toujours une peur que j'ai, une crainte... J'avais toujours peur que ce ne soit jamais assez. Puis, de la propreté de l'âme, j'ai passé à celle du corps...

Et elle tente de nouveau de s'évader dans des récits sur celle-ci. Comme cela ne fait pas notre affaire, nous la maintenons au sujet qui nous intéresse :

D. Quel était votre scrupule de 18 ans ?

R. (Silence et sourire.)

D. Est-ce qu'on peut le dire ?

R. J'sais pas... J'avais toujours peur d'avoir de mauvaises pensées... Enfin, c'était surtout ça.

N'insistons pas aujourd'hui.

Nous tenons donc à peu près l'histoire de Paméla. Elle-même ajoute que cela a empiré surtout depuis quatre ans. Avant elle voyait bien que ce n'était pas naturel tout de même, mais depuis surtout. Et cela entraînait bien des conséquences pratiques. Couturière, elle a d'abord cessé de travailler elle-même : elle aurait tout salî.... On a d'abord combattu son intention. Mais comme probablement elle ressassait toujours la même chose, on a fini par céder. Alors elle s'est bornée à diriger les ouvrières.

A côté de cela, que de détails, que de menues manies plus ou moins gênantes. Elle nous a dit avec quelle attention elle regardait où elle marchait. Cela aurait suffi déjà à lui donner une attitude un peu spéciale, celle tout au moins du magistrat qui s'astreignait à ne marcher que sur les interstices des pavés de deux en deux ! Mais elle ajoute :

Je prenais beaucoup de précautions pour ne pas me salir, et puis je me relevais très fort pour ne pas que mes jupes traînent.

D. Jusqu'aux genoux ?

R. (Rires. Mais sans nier). Bien fort enfin. Pas par devant, mais surtout derrière.

D. Et d'une façon exagérée ?

R. Oh ! oui, parce que chez nous on me disait toujours : baisse ta jupe, baisse ta jupe parce que tu la relèves trop fort.

Et après l'histoire de l'ouate, cela a été encore pire. Alors c'était lavage sur lavage, et le suppplice que sa sœur a décrit dans son mémoire mais encore en l'atténuant.

Tel fut notre premier interrogatoire. Trois jours après elle écrit à sa sœur :

« Quant à moi, je ne m'ennuie pas trop et je vais bien.

Je suis même étonnée de ce changement. Je m'habille comme tout le monde, je mets à peu près une heure, mais il me reste encore l'idée que ta robe a touché la mienne et, n'ayant pu brosser ma jupe, j'en suis dégoûtée et de tout ce qui y a touché ; ça se passera peut-être ; et tu sais que la personne qui a monté avec nous à la station avant Oissel, je ne me rappelle plus bien du nom, ça finit par Arche, a touché à ta jupe et sa fille aussi ; dans tous les cas elle m'a touchée et elles sont descendues à Rouen ; je t'avais dit aussi d'essuyer les banquettes et tu l'as oublié ; c'est égal, je suis dans une maison de fous ; on se demande ce que j'y viens faire, car j'ai bien ma raison... »

On voit qu'elle n'est pas difficile à se trouver améliorée. Et cependant de fait tout acclimatement atténue un peu les troubles, comme en accaparant l'esprit à autre chose, à l'appréciation sensée de l'entourage.

Suivent des réflexions sur la maison et ses compagnes...

Nous la revoyons quelques jours après. Nous lui faisons passer un examen d'intelligence, elle y répond brillamment.

Mais elle refuse la main sous prétexte qu'elle transpire des paumes.

Et notons enfin la contradiction qui suit : Elle trouve sottes ses idées, elle accorde que sa conduite est saugrenue, mais elle refuse de signer qu'elle est propre, alors qu'elle vient de se laver les mains nous ne savons combien de fois, et comme on l'y contraint presque, elle ajoute : « Je signe des mensonges. »

Voilà déjà un mois qu'elle est à l'asile. L'action de

nouveauté du milieu a cessé. Elle écrit à sa sœur : « Quant à moi, c'est toujours à peu près la même chose...

» Te rappelles-tu la dame qui est montée avec nous en chemin de fer, qui parlait si drôlement, et l'autre avec son fils, elles sont descendues à Oissel avec nous. Tu sais bien que ta robe avait frotté au comptoir à Gisors, et dans la gare, en faisant partir ton paquet. Tu as dû les salir...

Et comme à l'asile on contrarie plus ou moins ses manies, elle commence déjà à demander à partir.

Mais lisons encore ce qui suit. Nous ne choisissons que trois fragments à peu près de la même époque :

« ...Si tu m'envoies un métier pour la dentelle, tu m'en achèteras un qui se nettoie bien ; j'ai peur de le salir. Je voudrais bien que mon oncle vienne me voir avec Ferdinand, mais j'ai peur qu'ils me salissent ; ils pourraient toujours m'écrire. »

« ...Pour l'ombrelle (c'est une ombrelle que la malade avait demandée) je réfléchis qu'elle ne pourra peut-être pas bien se nettoyer, parce qu'elle va traîner partout...»

« ...Te rappelles-tu si tu as enlevé la boucle d'oreilles que j'ai pour la nettoyer ? J'y ai pensé et j'en suis tourmentée. Réponds-moi tout de suite...»

Un minime incident (?) achève enfin de ramener une crise. Par curiosité elle avait accepté de faire une promenade dans le voisinage ; et voici la note qui a trait à cet événement :

« Au départ, trouvant que ses gants étaient sales, Mlle Paméla a commencé par les laver longuement ; puis,

après s'être également lavé les mains plusieurs fois, elle a remis ses gants tout mouillés sans vouloir les faire sécher.

La promenade se passe bien (influence probable de la distraction). Mais le lendemain Mlle Paméla ne veut pas remettre la robe qu'elle avait la veille ; elle prétend qu'elle avait, durant la promenade, aperçu à terre un crachat et que sa robe ayant traîné dedans était désormais définitivement sale. La religieuse qui avait dû nettoyer sa robe était par conséquent sale, elle aussi.

A partir de ce jour, la malade se montre plus tourmentée, elle passe plus de temps à sa toilette de chaque matin : 2 heures au moins, et elle y resterait davantage encore si on ne lui enlevait pas l'eau. Elle se lave maintes et maintes fois, elle lave même les murs de sa chambre. Et puis elle se lamente, elle pleure, elle s'énerve parce qu'elle n'arrive pas, dit-elle, à se nettoyer : elle ne pourra plus, dit-elle, être propre, puisqu'on la presse, puisqu'on lui enlève l'eau, puisqu'on la bouscule.

Et, ce disant, elle devient injuste.

Dès lors le désaccord s'accuse tous les jours et voici des extraits d'une lettre du mois suivant :

« Je vais mieux...

(Ce qui est faux ; c'est pour partir ; car ses manies sont toujours aussi impérieuses.)

» Je voudrais que tu viennes me chercher... je suis vraiment malheureuse ici... maintenant je suis raisonnable...

(On peut en juger par les recommandations qui suivent quelques lignes plus bas.)

» Pour mon manteau de voyage de la malle, je voudrais que, pour le laver, tu enlèves les parements des manches, j'en ferai des neufs... dis bien aussi qu'on

lave les devants sous la toile et partout; surtout ne l'oublie pas. Mon boléro et mon corsage de velours, tu les brûleras... »

Le cri de souffrance va s'accusant. Elle en appelle à l'affection de sa sœur: « Jé t'en supplie, délivre-moi, je ne puis attendre...

» N'oublie pas de prendre avec toi deux larges tabliers de cuisine et des journaux... »

Et la sœur cède, vient la chercher, apporte tabliers de cuisine et journaux pour garnir les trains, qu'on ne les salisse pas. Nous perdons la malade de vue. Mais il n'est pas difficile de deviner qu'elle va continuer la même triste odyssée. La maladie est trop forte. Elle a détruit l'effort même pour guérir. Elle est définitivement installée, la troisième période commence.

III

PLACE NOSOGRAPHIQUE DE LA FOLIE DU DOUTE AVEC DÉLIRE DU TOUCHER

Nous serons assez bref sur la discussion de la place nosographique de la folie du doute avec délire du toucher. Un court exposé des opinions diverses qui ont été émises à cet égard est cependant nécessaire. Nous terminerons en indiquant sa place actuelle.

Par Esquirol, la folie du doute est décrite dans la manie raisonnante. Elle est ainsi rapprochée de cas bien dissemblables, mais ce rappochement souligne ses caractères principaux. Seulement, comme la manie raisonnante a été depuis Esquirol singulièrement démembrée, c'est à ces divers démembrements que nous préférons opposer la folie du doute avec délire du toucher. Chemin faisant, nous soulignerons également ses caractères distinctifs.

De la manie des quérulants, la folie du doute se rapproche par la logique de ses ruminations, mais elle diffère par leur caractère qui n'est nullement de récriminations, et surtout elle s'y oppose par une moindre conviction.

Depuis Esquirol, la confusion n'est plus commise.

De la submanie touche-à-tout qu'on rapporte aujourd'hui aux formes légères de la folie maniaque dépressive, la folie du doute se rapproche par le caractère involontaire de la série d'idées qui se succèdent sans arrêt.

La folie du doute s'en rapproche encore par la persistance de l'intégrité des facultés intellectuelles fondamentales (mémoire, jugement, etc.) qu'on admet persister malgré les troubles. Nous devons insister un peu plus avec la parenté que nous signalons ici. Le rapprochement qu'une absence d'analyse conduïsait déjà Esquirol à commettre est repris aujourd'hui avec des arguments nouveaux. On fait valoir notamment le caractère d'intermittence que nous avons signalé, qui est fréquent et qui n'aboutit qu'à la longue à un état chronique, comme la manie finit quelquefois par s'installer définitivement après une série d'accès.

En outre, les accès de la folie maniaque dépressive commencent souvent, si même parfois ils ne consistent pas exclusivement, en des obsessions et des phobies. Rapprochement toutefois spécieux qui ne peut être maintenu, comme nous le verrons, qu'à la faveur de l'imprécision où on laisse la description des deux affections. Dans la folie maniaque dépressive, c'est une modification de l'humeur qui conditionne l'idéation, substitue à l'idéation normale d'autres séries de préoccupations. En somme, depuis Esquirol, une étiquette a dominé pour

grouper les cas de folie du doute, celle de folie avec conscience. C'est elle qui marque réellement l'essence de la maladie, l'étiquette qu'il faut maintenir.

Cette étiquette a fait son apparition à une époque où l'on se proposait de décrire sans classifier et elle a été ainsi l'objet d'une assez longue et obscure discussion à la Société médico-psychologique en 1866 d'abord puis pendant les mois de juin à novembre 1875. Sans en déterminer nettement la place, puisqu'aussi bien ce n'était pas l'objet, on en a alors bien défini les caractères et surtout le principal. On a rapproché la folie du doute de toutes les autres obsessions où la conscience du trouble affecte une égale intensité et les mêmes caractères et par suite indique une évidente parenté. Il y a là quelque chose d'acquis sur quoi il ne semble pas qu'il y ait lieu de revenir.

Où trouvons-nous maintenant la folie avec conscience dans les classifications modernes? Nous n'examinerons que les deux plus essentielles de Magnan et de Kræpelin.

1° La classification de Magnan est la suivante :

I. — États mixtes tenant de la pathologie et de la psychiatrie.

Paralysie générale.
Démence sénile (athérome cérébral).
Lésions cérébrales circonscrites. — Ramollissement. Hémorragie. Tumeurs, etc.
Hystérie.
Épilepsie.
Alcoolisme et intoxications diverses. — Absinthe. Morphine et opium. Cocaïne. Seigle ergoté. Plomb.

II. Folies proprement dites. Psychoses.

A. Manie.
Mélancolie.
Délire chronique.
Folies intermittentes.

B. Folie des dégénérés . . . . . { Syndromes épisodiques. / Délires d'emblée (primaires).

III. Idiots, imbéciles, débiles, déséquilibrés.

La classification de Magnan est étiologique et à base d'hérédité. Frappé par les antécédents si habituels, et ordinairement similaires de la folie avec conscience, Magnan rapproche par suite ces malades des autres aliénés à hérédité chargée. Relevant d'autre part chez les uns et les autres la présence de stigmates physiques, il les groupe ensemble sous le nom de dégénérés. Enfin, il y souligne certains caractères analogues : le début souvent brusque, la cessation souvent rapide des accès qui laissent après eux les malades avec les originalités antérieures. Et sans doute il est le premier à remarquer que ces folies n'aboutissent que rarement à des troubles hallucinatoires et proprement délirants, et pour ainsi dire jamais à la démence. Mais il ne manque pas non plus d'apercevoir dans ces autres formes de la dégénérescence des ruminations d'idées, des attitudes négativistes, des refus de toucher, des manies d'attitudes qui rappellent étrangement les désordres auxquels conduit la folie avec conscience, et qui lui paraissent confirmer la parenté qu'il imagine. La fréquence des accidents ainsi compris lui fait même décrire obsessions et phobies sous le nom de syndromes épisodiques de la dégénérescence.

Et en somme la dégénérescence apparaît dans un vaste groupe, groupe si vaste que des subdivisions y sont nécessaires ; la folie avec conscience en représenterait

une. Si l'on se borne à cela, on peut l'admettre ; mais il est dangereux, sous le prétexte de quelques rapprochements, d'identifier trop.

Aussi bien avec Kræpelin l'écart reparaît énorme.

2° La classification de Kræpelin est la suivante :

- **Troubles mentaux par causes exogènes**
  - La folie dans les traumatismes cérébraux.
  - La folie dans les maladies cérébrales.
  - Empoisonnements
    - Aigus (urémie, éther, etc.).
    - Chroniques
      - Alcoolisme.
      - Morphinisme.
      - Cocaïnisme.
  - La folie infectieuse
    - Délires fébriles.
    - — infectieux.
    - Confusion aiguë (amentia).
    - Affaiblissements d'origine infectieuse.
  - Psychoses syphilitiques.
  - Démence paralytique.
- **Troubles mentaux de cause organique plutôt que cérébrale**
  - Folie sénile et présénile
    - Folie présénile (mélancolie, etc.).
    - Folie artério-sclérotique.
    - Démence sénile.
  - Folie thyréogène
    - Troubles psychiques de la maladie de Basedow.
    - Myxœdème.
    - Crétinisme.
- **Troubles mentaux de cause obscure**
  - Démence précoce.
  - Epilepsie.
  - Hystérie.
  - Folie maniaque dépressive.
  - Paranoïa.
- **États congénitaux et anormaux**
  - États psychopathiques
    - Nervosité.
    - Excitation constitutionnelle.
    - Mauvaise humeur constitutionnelle.
    - Folie du doute.
    - Folie impulsive (chromomanie, etc.).
    - Perversions sexuelles.
  - Personnalités morbides
    - Criminels-nés.
    - Instables.
    - Menteurs et prodigues.
    - Pseudo-querulants.
  - Arrêts de développement : Imbécillité, idiotie.

Kræpelin part d'un point de vue différent. Il place à part les cas à terminaison démentielle, à part les cas de folie maniaque dépressive, à part les cas de folie avec conscience, sous le terme malheureusement trop vague d'états psychopathiques.

Binet et Simon se rattachent à une conception analogue dans le travail qu'ils ont publié dans l'*Année psychologique*.

C'est à quoi aussi nous nous en tiendrons. Seulement qu'on relise les chapitres de Magnan et de Kræpelin, les obsessions de Pitres et Régis, etc., on verra que bien souvent elles n'apparaissent que comme des incidents passagers et sans gravité dans la vie d'un malade.

Dans le groupe encore vaste et divers des folies avec conscience, nous voyons donc qu'une variété peut être isolée à la faveur de son évolution, celle dont l'étiquette ancienne, bien qu'un peu longue, exprimait bien la nature : folie du doute avec délire du toucher. Et ce qu'on ne peut oublier, c'est que l'Ecole française a été la première à donner de cette affection une description clinique magistrale et qui restera toujours vraie, comme on peut le voir par l'étonnante identité du cadre quasi schématique des auteurs et de l'observation personnelle que nous avons ici rapportée tout au long.

IV

TRAITEMENT

Nous n'en dirons qu'un mot. Il se résume en effet en deux règles : d'une part rassurer les malades. Paméla nous le disait elle-même : on aurait dû dès le début me dire que « ce n'était pas sale » ; et, d'autre part, maintenir la partie normale de l'individu par un exercice toujours actif ; on a pu voir l'influence apaisante des moindres occupations nouvelles ; on aura donc soin d'éviter que le malade ne renonce pas à son métier et à son travail ; on le remontera, on le soutiendra par un traitement moral incessant ; c'est la meilleure manière de passer les crises, de retarder l'arrivée de la troisième période où les efforts restent dès lors inefficaces.

Quant à l'internement, il est rare qu'il s'impose et c'est pourquoi il est si exceptionnel d'observer dans les asiles ce genre de malades. On a pu voir cependant, par

l'observation que nous avons rapportée, à quel point la folie du doute avec délire du toucher peut compromettre la vie sociale. C'est dans ces conditions que l'internement peut être accepté. Il est toutefois exceptionnel que ce ne soit pas pour un temps assez limité, si ce n'est tout à fait dans les périodes les plus avancées.

CONCLUSIONS

Aperçue par Esquirol, retrouvée par Baillarger, la folie du doute avec délire du toucher a été décrite principalement par Legrand du Saulle et Ritti.

Elle paraît d'habitude d'origine héréditaire, et, considérée à ce point de vue, appartient au vaste groupe des dégénérescences mentales.

Elle est, en outre, cliniquement caractérisée par la conservation des facultés intellectuelles de mémoire et de jugement, par une conscience toujours nette de l'automatisme obsédant dont le malade est victime, et mérite par suite le nom de folie avec conscience.

Son évolution en deux périodes successives : scrupule et doute, puis envahissement de la sphère d'activité motrice, mérite enfin de la faire considérer comme une variété spéciale.

BIBLIOGRAPHIE

Baillarger. — Archives cliniques des maladies mentales et nerveuses, 1861.

Binet et Simon. — La folie avec conscience (Année psychologique, 1910).

— Parallèle entre les classifications des aliénistes (Année psychologique, 1911).

Esquirol. — Traité des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris, 1838.

Falret. — Folie du doute et délire du toucher (Société médico-psychologique. Séance de 1866).

Griesinger. — D'un état psychopathique peu connu (1868).

Hughes. — Nature et évolution de la folie du doute (XIII[e] Congrès international de médecine de Paris, 1900, t. VIII).

Janet. — Les obsessions et la psychasthénie.

Kraepelin. — Traité de psychiatrie (1904 et 1910).

Krafft-Ebing. — Traité clinique de psychiatrie.

Legrand du Saulle. — La folie du doute avec délire du toucher. Paris, 1875.

Magnan. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, faites à l'asile clinique Ste-Anne.